

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 août 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffière : Mme Saghbini

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourant, représenté par S. _____ à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...] 1951, titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employé de commerce, a travaillé comme directeur de H. _____ SA à compter de 1999 pour un salaire annuel brut de 66'000 fr. de 2002 à 2005. Avant cela, l'assuré a notamment œuvré pour le compte de X. _____ SA, d'un garage à [...], de F. _____ et en qualité d'indépendant.

Le 7 septembre 2006, l'assuré a subi une ostéotomie de valgisation proximale du tibia gauche. Le 12 septembre 2006, il a dû bénéficier d'un remplacement de l'aorte thoracique ascendante en urgence en raison d'une dissection de l'aorte de type A. Il a séjourné aux soins intensifs du C. _____ du 12 septembre au 12 octobre 2006, puis au service de chirurgie cardio-vasculaire du 12 au 23 octobre 2006, date de son transfert à l'Hôpital D. _____ à [...] pour suite de prise en charge. L'assuré a ensuite été réhospitalisé au C. _____ du 9 novembre 2006 au 14 septembre 2007. Il a séjourné du 10 avril au 25 juillet 2007 au service de rhumatologie, puis du 30 juillet au 14 novembre 2007, dans le cadre d'un traitement de neuroréhabilitation d'une tétraparésie d'origine multifactorielle.

Il a déposé le 5 juin 2007 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) pour adultes en faisant état d'une affection neurologique existant depuis le 6 septembre 2006.

Dans son rapport à l'OAI du 22 août 2007, le Dr W. _____, spécialiste en neurologie et chef de clinique du C. _____, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après dissection aortique de type A le 12 septembre 2006 avec ischémie critique des MI (membres inférieurs) se compliquant d'un syndrome des loges de la jambe gauche nécessitant une fasciotomie en urgence le 14 septembre 2006,

d'insuffisance cardiaque globale sévère avec FE (fraction d'éjection) à 20%, d'ostéomyélite sur site d'ostéotomie de valgisation du tibia gauche proximal ayant nécessité la pose d'un fixateur externe le 13 décembre 2006 et de plexopathie lombosacrée bilatérale d'origine ischémique sur dissection de l'aorte (DD [diagnostic différentiel] : myélopathie lombaire ischémique après dissection de l'aorte). L'incapacité de travail était totale depuis le 7 septembre 2006, date de l'intervention chirurgicale.

Selon le questionnaire pour l'employeur du 13 septembre 2007, l'assuré organisait des concerts. Son activité était à 20% assise et 80% debout, à raison d'environ 50 heures par semaine (10 heures par jour), pour un salaire annuel en 2007 de 66'000 à 70'000 francs.

Dans son rapport à l'OAI du 13 novembre 2007, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré depuis le 24 novembre 1999, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de séquelles orthopédiques et neurologiques sévères suite à une dissection de l'aorte ascendante opérée, existant depuis le 12 septembre 2006. Il a relevé que la thérapie consistait en physiothérapie, antihypertenseurs et antidépresseurs, estimant qu'il existait un risque majeur de séquelles significatives, surtout du MIG (membre inférieur gauche). Pour lui, l'incapacité de travail était totale, dans toute activité.

Le 21 janvier 2008, dans son rapport à l'assureur perte de gain, le Dr J._____ a fait état de lourdes séquelles orthopédiques et neurologiques du MIG, en précisant « déplacement pénible avec deux cannes », l'incapacité de travail étant totale à compter du 6 septembre 2006.

Par avis du 11 mars 2008, le Dr G._____, du Service médical régional Suisse romande (ci-après : SMR), a relevé que les séquelles orthopédiques et neurologiques de l'assuré étaient sévères et nécessitaient l'usage de moyens auxiliaires (un fauteuil roulant manuel, une chaise de douche et un surélévateur WC). L'intéressé présentait une

atteinte à la santé sévère multifactorielle ayant des répercussions actuellement importantes sur la capacité de travail, avec une incapacité de travail à considérer comme totale depuis le 6 septembre 2006. Le Dr G._____ proposait d'interpeller le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès du service d'orthopédie du C._____, ainsi que les médecins du service de rhumatologie du C._____ pour leur demander de préciser la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée et les limitations fonctionnelles.

Dans son rapport à l'OAI du 14 mai 2008, le Dr H._____ a expliqué avoir traité l'assuré du 18 septembre 2007 au 26 février 2008. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post ostéotomie de valgisation proximale du tibia gauche pour surcharge interne le 7 septembre 2006, déclenchant une cascade de complications gravissimes (dissection aiguë de l'aorte ascendante de type A le 12 septembre 2006, rhabdomyolyse massive sur nécrose musculaire du MIG avec syndrome de loges le 13 septembre 2006 induisant une fasciotomie étendue le 14 septembre 2006, insuffisance rénale aiguë due à la rhabdomyolyse avec hémofiltration jusqu'au 23 octobre 2006, plégie des membres inférieurs d'origine ischémique due à un clampage aortique prolongé, ostéomyélite du tibia proximal gauche, escarre sacrée profonde, status post plusieurs pneumonies basales à klebsiella, insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection estimée à 20% sur maladie coronarienne diffuse sans possibilité d'amélioration). Il a retenu comme comorbidités une hypertension artérielle sévère, un état dépressif réactionnel, un tabagisme chronique et une obésité pathologique. Le Dr H._____ a indiqué, concernant une éventuelle activité professionnelle, que le patient était apte, sur le plan purement orthopédique, à reprendre, depuis le 26 février 2008, une activité intellectuelle assise, vu les troubles résiduels présentés dans le cadre de sa paraplégie incomplète de niveau 10 type Asia C. Toute autre activité ne semblait pas adéquate au Dr H._____ vu l'état de santé et les capacités physiques de l'assuré.

Le Dr W._____ a pour sa part indiqué le 4 juin 2008 ne plus suivre l'assuré depuis le 11 janvier 2008.

Dans son rapport du 22 octobre 2008, le Dr N._____ du SMR a posé les diagnostics de paraparésie D10 post dissection aiguë de l'aorte ascendante type A et de cardiopathie ischémique et hypertensive. Il a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière depuis le 26 février 2008 dans une activité adaptée (savoir une activité intellectuelle ou de petite manufacture en position assise, avec peu de stress).

Le 22 janvier 2009, l'OAI a accordé à l'assuré le droit à une orientation professionnelle.

Le 13 novembre 2009, l'OAI a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions d'octroi de mesures professionnelles et qu'il prendrait en charge les frais d'une formation à la préparation au Brevet fédéral [...] du 15 janvier 2010 au 26 mars 2011. Cette formation a toutefois été annulée, faute de participants.

Le 28 janvier 2010, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des frais de la formation Sawi-Markom pour la période du 23 février au 10 juillet 2010. L'assuré a toutefois échoué aux examens (moyenne de 3.9 sur 4). Dans le cadre d'un recours contre cette décision, l'assuré a expliqué son parcours médical à compter de septembre 2006, en relevant que cela n'avait rien à voir avec son échec à l'examen, sauf pour les troubles de la mémoire et la concentration diminuée. Il exposait toutefois n'avoir jamais effectué d'examen par ordinateur ou par Internet et avoir trouvé l'expérience stressante.

Le 20 octobre 2010, l'OAI a accordé à l'assuré la prise en charge des frais d'une nouvelle formation, savoir celle de spécialiste en organisation d'entreprise dispensée par l'Association suisse d'organisation et de management (ci-après : ASO), du 14 janvier 2011 au 31 mars 2012.

Par courrier du 16 janvier 2011 à l'OAI, l'assuré lui a fait savoir que la formation ASO n'était pas celle qu'il pensait, et a demandé à pouvoir rediscuter de sa situation.

Par courrier du 31 mars 2011, l'OAI a mis en demeure l'assuré de lui transmettre un projet de formation concret et réaliste adapté à son profil, faute de quoi le versement des indemnités journalières serait interrompu et il serait mis fin aux démarches de reclassement.

L'assuré a donné suite à cette mise en demeure le 18 avril 2011, en faisant état de ses recherches.

Le 18 mai 2011, O. _____ SA a fait savoir à l'OAI que l'assuré oeuvrait depuis le 15 mars 2011 un à deux jours par semaine, de manière bénévole auprès d'elle pour se familiariser aux métiers de la gestion immobilière.

Par communication du 27 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge des frais d'un stage pratique auprès d'O. _____ SA du 1^{er} juin au 31 décembre 2011, avec prise en charge du cours théorique Immostart de l'Union suisse des professionnels de l'immobilier (ci-après : USPI). Le 9 janvier 2012, l'OAI a informé l'assuré de la prise en charge du cours Immobase, du 18 janvier au 31 mars 2012.

Par rapport final du 2 avril 2012, le service de réadaptation de l'OAI a constaté que l'assuré était arrivé au terme de sa formation de gérant d'immeubles le 31 mars 2012, impliquant les cours USPI immostart et immobase, ainsi qu'un stage pratique de sept mois au sein d'une gérance immobilière, si bien qu'il devrait être à même de récupérer pleinement sa capacité de gain, estimée à 66'000 fr. en 2008 selon l'enquête économique du 10 novembre 2009 et à 70'000 fr. en 2012. Les salaires de base se montaient à 5'500 fr. brut, soit un revenu annuel brut de 71'500 fr., selon les informations de l'USPI.

Par projet de décision du 5 septembre 2012, l'OAI a constaté la réussite des mesures professionnelles et a nié le droit à la rente à l'assuré, constatant qu'il était réadapté professionnellement de manière appropriée.

Le 18 septembre 2012, l'assuré a contesté le projet de décision. Il a expliqué à l'OAI qu'il avait bien essayé de prendre des contacts avec des professionnels de l'immobilier pour une activité à temps partiel ou complet, mais que vu son âge et son handicap, ces personnes s'étaient découragées à l'engager. Il ne voyait pas d'autres solutions que de se mettre à son compte, estimant toutefois avoir suffisamment puisé dans ses réserves. Il relevait que son salaire brut de sa société H. _____ SA était de 1'000 fr. par mois, qu'il ne pouvait bénéficier du chômage et que son état de santé physique ne s'était pas amélioré depuis sa sortie de l'hôpital en 2007, si bien qu'il ne pouvait pas travailler normalement.

Par courrier du 31 janvier 2013 à l'assuré, l'OAI a notamment relevé qu'il avait pu suivre les mesures de réadaptation mises en place normalement, estimant que le dossier médical était suffisamment complet pour lui permettre de statuer. L'OAI lui impartissait toutefois un nouveau délai pour produire un rapport médical susceptible de modifier sa détermination.

L'assuré n'a pas produit de rapport médical.

Par décision du 27 juin 2013, l'OAI a constaté la réussite des mesures professionnelles et l'absence de droit à la rente.

B. Par acte du 5 juillet 2013, V. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 6 septembre 2007. En substance, il fait valoir qu'il souffre des séquelles de ses interventions, avec notamment perte de vue de l'œil droit, mobilité réduite et difficultés de déplacement, qu'il présente des problèmes

psychologiques et qu'il n'a pas de possibilité de trouver un emploi, se trouvant démuné financièrement.

Par attestation médicale du 18 juillet 2013, le Dr J._____ a exposé que son patient souffrait de graves séquelles neurologiques à la suite de la dissection de l'aorte survenue en septembre 2006, qui s'ajoutaient à plusieurs pathologies préexistantes ou installées postérieurement. Un état dépressif réactionnel s'était également nettement aggravé depuis le début de l'année 2013.

Le recourant, désormais représenté par son assurance de protection juridique, a complété son recours le 12 août 2013. Il fait valoir qu'il a tout mis en œuvre pour retrouver une capacité de travail résiduelle, mais qu'en raison de son âge, de son handicap, de ses nombreuses limitations fonctionnelles et de son expérience professionnelle inexistante, il ne peut exercer la profession de gérant d'immeubles. Il soutient ensuite que ses troubles psychiques se sont aggravés à compter de l'automne 2012 et provoquent au plus tard depuis le 11 avril 2013 une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans un dernier moyen, il estime qu'un abattement aurait dû être opéré sur le revenu avec invalidité retenu par l'intimé, compte tenu de son âge et de ses limitations fonctionnelles. Il conclut ainsi à l'octroi d'une rente entière dès la fin du droit aux indemnités journalières relatives à sa formation de gérant d'immeubles, subsidiairement au renvoi de la cause pour complément d'instruction. Avec son complément au recours, il produit deux rapports du Dr J._____ du 21 mai 2013, dans lesquels ce médecin fait notamment état d'une incapacité de travail totale à compter du 11 avril 2013, probablement de longue durée, en raison d'un état dépressif réactionnel aux graves problèmes de santé du patient.

Dans sa réponse du 18 novembre 2013, l'OAI a expliqué que de l'avis du SMR, il convenait d'obtenir du Dr J._____ qu'il se prononce plus concrètement sur le caractère potentiellement incapacitant de l'état de santé psychiatrique, sollicitant que ce médecin soit interpellé.

En réplique, le recourant a maintenu sa position, en produisant un rapport du 7 janvier 2014 du Dr J._____, dans lequel ce médecin explique que le patient bénéficie depuis octobre 2013 d'un suivi chez le Dr M._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, son état psychique s'étant péjoré depuis la fin de l'année 2012 et surtout au début de l'année 2013. Le médecin traitant précise avoir omis de signaler en 2007 le diagnostic d'état dépressif.

Dans sa duplique du 24 février 2014, l'OAI soutient en premier lieu que le recourant, compte tenu de son parcours professionnel et des mesures de réadaptation dont il a bénéficié, pourrait être engagé sur un marché du travail équilibré. Quant à l'évaluation de l'invalidité, l'OAI a relevé que le Dr M._____ devait selon lui être interpellé. Il a enfin indiqué que dans la mesure où le revenu d'invalidé (RI) avait été calculé selon les indications de l'USPI, et non sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), il n'y avait pas lieu de faire un abattement.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des

assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce le recours a été interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée compte tenu des fêtes d'été (art. 60 al. 1 LPGA et 38 al. 4 let. b LPGA) et satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA). Il est donc recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b).

c) Le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette

diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

d) Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa

situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (par ex. arrêt 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a longtemps laissé ouverte la question de savoir à quel moment il convient de se placer pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi. Il y a apporté une réponse dans l'arrêt 9C_149/2011 du 25 octobre 2012, publié aux ATF 138 V 457. Il a statué que ce moment correspond à celui où l'on constate que l'exercice (en plein ou partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; TF 9C_913/2012 précité consid. 5.3).

4. a) Il n'est pas contesté que le recourant a subi une grave atteinte à sa santé en septembre 2006, en raison des complications très importantes déclenchées à la suite de l'ostéotomie de valgisation proximale du tibia gauche qui a eu lieu le 7 septembre 2006. Le recourant a en particulier subi une dissection aortique de type A le 12 septembre 2006, une rhabdomyolyse massive sur nécrose musculaire du membre inférieur gauche avec syndrome de loges le 13 septembre 2006 induisant une fasciotomie étendue le 14 septembre 2006, une insuffisance rénale aiguë due à la rhabdomyolyse avec hémofiltration jusqu'au 23 octobre 2006, une plégie des membres inférieurs d'origine ischémique due à un clampage aortique prolongé, une ostéomyélite du tibia proximal gauche ayant nécessité la pose d'un fixateur externe le 13 décembre 2006, une escarre sacrée profonde, plusieurs pneumonies basales a klebsiella, ainsi qu'une insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection estimée à 20% sur maladie coronarienne diffuse sans possibilité d'amélioration (cf. rapports du Dr W._____ du 22 août 2007 et du Dr H._____ du 14 mai 2008). L'assuré a dû demeurer à l'hôpital durant plus d'une année, soit du 7 septembre 2006 au 14 septembre 2007.

Toutefois, dans son rapport du 14 mai 2008, le Dr H._____ a estimé que l'intéressé, *sur le plan purement orthopédique*, était en mesure de reprendre une activité intellectuelle assise à compter du 26 février 2008, en mentionnant notamment comme comorbidité un état dépressif réactionnel.

A la suite de cette appréciation, reprise par le Dr N._____ dans son avis du 22 octobre 2008, qui a estimé que l'assuré présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis le 26 février 2008, l'OAI a accordé à l'assuré, en janvier 2009, une orientation professionnelle puis, en novembre 2009, lui a reconnu le droit à des mesures professionnelles. Dans ce contexte, l'assuré a suivi la formation Sawi-Markom, mais a échoué aux examens, en mentionnant dans son recours contre la décision d'échec des troubles de la mémoire et une concentration diminuée. L'assuré a ensuite travaillé auprès d'O._____ SA, toutefois seulement à raison d'un à deux jours par semaine (cf. attestation d'O._____ SA à l'OAI du 18 mai 2011). L'OAI a pris en charge les frais d'un stage pratique auprès de cette société du 1^{er} juin au 31 décembre 2011 et le cours théorique Immobase, du 18 juin au 31 mars 2012. Le 2 avril 2012, l'OAI a constaté que l'assuré était arrivé au bout de sa formation, puis a constaté la réussite des mesures professionnelles et nié le droit à la rente de l'assuré, considérant que ce dernier était réadapté professionnellement de manière appropriée.

Cependant, le fait pour le recourant d'avoir pu disposer de ressources pour suivre une formation ne permet pas d'en inférer qu'il dispose des ressources effectives pour exercer l'activité de gérant d'immeubles et recouvrer une capacité de gain. On voit en outre mal que la formation de gérant d'immeubles soit adaptée à son état, le Dr H._____ ayant spécifié qu'au plan orthopédique, une activité intellectuelle en position assise était seule envisageable. S'agissant au demeurant d'un assuré né en 1951, qui était donc âgé de 61 ans lorsque la décision attaquée a été rendue, est déterminant le point de savoir quand il faut se placer pour apprécier sa capacité de travail sur le marché de l'emploi, en définissant quand une activité lucrative est exigible du

point de vue médical. A cet égard, le recourant souffre de plusieurs atteintes qui n'ont pas été investiguées. En particulier, le Dr H. _____ diagnostiquait déjà en mai 2008 un état dépressif réactionnel, mais ne s'est prononcé que sur le plan strictement orthopédique lorsqu'il a fait état d'une aptitude de son patient à reprendre une activité intellectuelle assise depuis le 26 février 2008. Cette unique appréciation ne tient pas compte des séquelles neurologiques de l'assuré attestées par le Dr J. _____ les 13 novembre 2007, 21 janvier 2008 et 18 juillet 2013. Le Dr H. _____ n'a au demeurant pas établi l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail, le Dr J. _____ étant pourtant d'avis que l'état dépressif préexistant s'était aggravé et le Dr M. _____ faisant lui aussi état d'une péjoration à ce niveau. L'intimé ne disconvient en outre pas de l'opportunité d'interpeller le Dr J. _____ sur le caractère « potentiellement incapacitant » de l'état de santé psychiatrique du recourant, ainsi que le Dr M. _____ sur l'évaluation de la capacité de travail.

L'assuré allègue par ailleurs une perte de l'œil droit qui n'a pas été prise en compte.

Finalement, la seule appréciation du Dr H. _____ de mai 2008 n'est pas suffisante pour admettre que c'est à cette date qu'il convient d'examiner si l'on pouvait exiger du recourant qu'il mette en valeur sa capacité de travail dans une activité adaptée, en l'absence d'une instruction médicale suffisante sur les autres plans (qu'orthopédique), savoir en particulier aux plans neurologique et psychiatrique.

Il subsiste ainsi des lacunes d'instruction tant sur le plan somatique que sur les plans psychique et neurologique.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

En l'occurrence, il s'avère que le dossier de la cause présente des lacunes sur le plan médical, non seulement sur le plan somatique mais également sous les angles psychiques et neurologiques. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé du recourant dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont pu être établis à satisfaction de droit, pas plus que le moment à compter duquel l'exercice (en plein ou partiel) d'une activité lucrative serait exigible du point de vue médical. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder aux mesures d'instruction utiles afin de compléter l'instruction médicale auprès des différents spécialistes ayant examiné le recourant depuis 2008, puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (comportant à tout le moins un volet

neurologique et un volet psychiatrique) en vue de définir ses troubles et leur impact éventuel sur sa capacité de travail. Sur cette base, il incombera ensuite à l'OAI, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'intéressé.

5. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD), qu'il y a lieu d'arrêter à 1'000 fr. à la charge de l'OAI.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 27 juin 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.

III. Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à V. _____ une indemnité de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- S. _____ (pour V. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :